FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE

N° 1222

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'UNIVERSITE

par

Hans MOYSTAD

Ancien Interne des Hôpitaux du Maroc

Né le 16 Décembre 1927 à Elverum, Norvège

Présentée et soutenue publiquement le :

SUR UN CAS DE GROSSESSE INTRASPLENIQUE AU 3ème MOIS.

(Travail effectué dans le service de Monsieur le Docteur B. FOUSSIER, Chirurgien-Chef du Centre Hôspitalier d'Oujda - Maroc)

Président : Mr. F. POILLEUX, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'UNIVERSITE

par

Hans MOYSTAD

Ancien Interne des Hôpitaux du Maroc

Né le 16 Décembre 1927 à Elverum, Norvège

Présentée et soutenue publiquement le :

SUR UN CAS DE GROSSESSE INTRASPLENIQUE AU 3ème MOIS.

(Travail effectué dans le service de Monsieur le Docteur B. FOUSSIER, Chirurgien-Chef du Centre Hôspitalier d'Oujda - Maroc)

Président : Mr. F. POILLEUX, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V°

1-2-1962

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN . . . . . Léon BINET.
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR . . . . . Jean VERNE
2e ASSESSEUR . . . . . Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.) / SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIÈVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.) / BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.) / DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Cochin	LEGER (L.)
Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Pitié	CORDIER (G.)
Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Salpêtrière	SICARD (A.)
Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales — Boucicaut	LENÈGRE (J.)
Broussais	SOULIÉ (P.)
Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cochin	BROUET (G.)
Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Lariboisière	SÈZE (S. de)
Pitié	DREYFUS (G.)
Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgixale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	GABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) BUSSER (F.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (E.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BULSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DERROBERT (L.), pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)

	MM.
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARGAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-D'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (C.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (M.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.)
Pédiatrie-Puériculture	FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.) JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DEJOURS (P.) DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) COUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch. GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA(M.) m.conf.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)

	MM.
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A. QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMFLINE (A), pr. s. ch. VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)

	MM.
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur . . . . . Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA TANTE J. BULL

IN MEMORIAM

AUX MIENS et à MES AMIS

A Monsieur le Professeur F. POILLEUX

Chirurgien des Hôpitaux
Professeur Agrégé de Séméiologie et de Clinique
Chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Chirurgie

Qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

Hommage de profond respect et
de gratitude.

A Monsieur le Docteur B. FOUSSIER

Ancien Interne de l'Hôpital de Corbeil
Chirurgien-Chef de l'Hôpital M. Loustau, Oujda, Maroc

Nous avons été son interne pendant trois années, dont le souvenir ne s'effacera jamais.

Il nous a guidé dans l'étude de la chirurgie, et nous a prodigué sans cesse, avec enthousiasme, un enseignement clair, précis et dépouillé.

Nous avons fait appel à lui quand il s'est agi pour nous de conclure nos études par une thèse. Qu'il veuille bien trouver dans ce travail qu'il nous inspira le témoignage de notre profonde admiration et de notre très affectueuse reconnaissance.

Aux Médecins de l'Hôpital LOUSTAU à OUJDA

Aux Médecins de l'Hôpital AVICENNES à RABAT

Avec nos remerciements pour l'aide précieuse qu'ils nous ont apportée pendant notre internat.

A LA FRANCE

qui nous a accueillie dans
ses Universités.

Il n'entrait pas dans nos intentions de revenir sur la question des grossesses extra-utérines en général , et abdominales en particulier, mais, un fait clinique survenu dans le service à propos duquel nous avons eu à intervenir, nous a paru suffisamment surprenant pour entreprendre ce travail.

L'examen du minutieux travail de Voegtlin sur les grossesses extra-utérines à terme ou proches du terme avec enfant vivant, dans lequel il passe en revue toutes les variétés topographiques, ne nous a permis de relever qu'un seul cas d'implantation de l'oeuf sur la rate (Kushner), et deux cas d'implantation hépatique (Sérebriakova)(Vastesager et de Toeng). A la fin du travail de cette thèse, nous avons en outre relevé un cas de nidation splénique secondaire à une grossesse extra-utérine, rapporté par Robert.

A la rareté de ces variétés d'implantation, nous apportons un nouveau cas qui présente en outre la singularité d'une évolution intra-splénique.

Nous nous permettons d'exposer rapidement les deux autres cas signalés ci-dessus de grossesse à nidation splénique.

ROBERT :

P..... H., Jeune femme européenne de 30 ans, 2 enfants de 4 et 2 ans un curetage il y a un an.

Dernières règles le 21 Septembre 1961. Le 31 Octobre 1961 : examen médical par son médecin traitant (mais sans examen génital malgré les signes subjectif de grossesse : nausées, salivations, retard de règles). Douleurs de type hépatique. Le soir, même douleurs abdominales violentes avec tendance syncopale et irradiation dans l'épaule gauche.

Hospitalisée dans un service de Médecine le 6 Novembre 1961. La réaction de Brouha est positive. Elle présente une nouvelle crise douloureuse en bretelle le 8 Novembre, puis le 11 Novembre, siègeant dans l'hypochondre gauche, puis l'hypochondre droit, et vomissements abondants.

Le 12 Novembre ces douleurs très vives empèchent le décubitus latéral gauche tandis qu'apparaissent des pertes sanglantes. La malade passe dans le service de chirurgie. Une hystérosalpingographie pratiquée montre des signes indirects de G.E.U. gauche (en particulier utérus hypotonique et absence d'injection de la trompe gauche). Ceci, associé au syndrome clinique, et à l'anémie de 2.920.000 G.R., indique l'intervention.

Intervention n° 679 du 14 Novembre 1961 - A.G.C.F. Intubation. Pento n° 20.02. Laparotomie médiane sous-ombilicale qui sera aggrandie au-dessus, sang dans le ventre, abondant, non coagulé, noir.

Les annexes sont infiltrées de sang, mais après toilette se révèlent intactes, utérus globuleux et ramolli.

L'exploration abdominale révèle :

Sang en abondance dans les gouttières latérales, fines granulations sur les viscères pelviens, foie et vésicule normaux au palper. Mais la rate de volume double de la normale, présente une tuméfaction implantée sur la face externe du pôle supérieur, du volume d'une mandarine (on pense à une tumeur). Agrandissement de la laparotomie.

Ligature étagée (séparée artère et veine) et doublée du pédicule, au lins, splénectomie, toilette péritonéale. (Vérification de l'intégrité du foie et l'absence de ganglions dans le méso).

Antibiotiques liquides. Fermeture totale en trois plans.

Examen de la pièce : il s'agit d'un oeuf implanté sur la face antéro-externe du pôle supérieur de la rate. La longueur de l'embryon est de 5 cm, correspondant à une grossesse de 10 semaines.

Dès lors on peut se demander si ce qui a été pris par la malade pour les dernières règles, n'est pas une hémorragie d'avortement tubaire intra-abdominale suivie d'une implantation de l'oeuf dans la rate. Une fissuration splénique apparue secondairement a provoqué l'hémo-péritoine progressivement constitué jusqu'à une fissuration plus importante ayant amené l'intervention.

KUSHNER :

Une femme de 35 ans, de race blanche, est vue le 6 Septembre 1944, enveinte de 2 mois et demi. Il s'agit d'une troisième grossesse, les deux premières normales, en 1932 et 1935. Réglée à 13 ans, régulièrement.

Son histoire est la suivante :

Une légère métrorragie de 2 à 3 heures 3 semaines après ses dernières règles.

Une fatigue très marquée.

Impression de compression de la vessie accompagnée de douleurs pelviennes.

Vers le 15 juillet, elle accuse des douleurs abdominales gauches, avec irradiations thoraciques. Rétention d'urines et constipation opiniâtre. 2 semaines au lit atténue les douleurs, mais elle éprouve toujours des difficultés de miction et une tenèsme. L'examen physique révèle seulement une masse annexielle droite, et un utérus correspondant à une grossesse de 3 mois.

Le test de Friedmann est positif. Elle est suivie de près pendant une grossesse très compliquée, les bruits de coeur foetaux sont entendus jusqu'au 12 février 1945. Un examen radiologique montre un foetus de 8 mois en position normale, tête en bas, mais avec des légères anomalies du ton.

La malade est admise dans le service le 9 Avril 1945 et l'intervention a lieu le 10 avril. : "Médiane sous-ombilicale. Liquide foncé, chocolat, et de vieux caillots de sang dans le péritoine. Extraction d'un foetus macéré.

Le placenta est inséré dans sa totalité sur la rate, qui est quadruplée de volume, débordant le rebord costal de 6 cms. Extraction facile du placenta.

Suites simples : la rate involue assez rapidement. La femme est revue pour la dernière fois le 5 septembre 1945. Les règles réapparues, et la femme reprend son activité professionnelle.

oOo

FAIT CLINIQUE

Le 23 Février 1961 nous est adressée une femme de 35 ans, musulmane, pour tumeur fixée de l'hypochondre gauche et dont voici l'observation détaillée :

Le 16 Novembre 1960, douleur brutale au niveau de la F.I. Dte, survenant au décours des règles, avec vomissements et évolution rapide vers une aggravation des signes douloureux, accompagnée d'altération marquée de l'état général.

Elle consulte un chirurgien en ville qui porte le diagnostic d'une torsion de kyste de l'ovaire droit, et intervient.

Compte rendu opératoire : 17.11.61. Anesthésie rachidienne. Incision médiane sous-ombilicale : Torsion d'un K.O.Dt. de la taille d'une grosse orange. Le pédicule est tordu d'une révolution et demi, le kyste est hémorragique, la résection sacrifie l'ovaire. Annexectomie droite. A gauche : R.A.S. Paroi en trois plans.

Suites opératoires banales, la sortie de la clinique a lieu le 8° jour qui suit l'intervention.

La malade, de son côté, accuse une douleur au niveau de l'hypochondre gauche, qui serait apparue 48 heures après l'intervention, suivie de nausées et de vomissements. Après retour à son domicile, la douleur persiste ainsi que les vomissements, et l'état général ne paraît pas s'améliorer comme on est

en droit de l'attendre après la cure chirurgicale de cette torsion de kyste. Depuis l'intervention, aménorrhée et, peu à peu, se développe une tumeur de l'hypochondre gauche, au siège électif de la douleur ressentie par la malade.

Elle consulte plusieurs médecins, dont les divers thérapeutiques s'avèrent inopérantes et, même des pointes de feu appliquées par des guérisseurs locaux ne viennent pas à bout de ses souffrances.

Le 26 Janvier 1961. Elle revient à son médecin traitant, qui constate :

- paleur,
- splénomégalie,
- gastralgies
- aménorrhée persistante

Par ailleurs : pouls = 152

T.A. 16 1/2 - 10

Température : 37,5

Il prescrit : Antispasmodiques (Buscopan), Docémine, Sarpagan, et un régime sans sel.

Le 1er Février, il note une métrorragie qu'il pense être un retour assez abondant des règles (6 à 8 jours). Cette métrorragie est suivie d'un discret gonflement des seins, accompagné d'un écoulement laiteux.

Le traitement préalablement institué est encore poursuivi pendant trois semaines, mais devant le manque de résultats appréciables et l'altération de l'état général, il adresse sa malade au Centre de Diagnostic de l'Hôpital, où, à la consultation de médecine, on conclut à une anémie avec tumeur fixée de l'hypochondre gauche; probabilité de néoplasie gastrique, et la malade nous est adressée.

A son admission dans le service de chirurgie le 23.2.61, on note d'emblée un état général très touché avec :

- pouls : 140
- T.A. : 11/8
- Tampérature : 37,3
- La pâleur est intense et il existe un léger subictère.

A l'examen :

- Appareil respiratoire : R.A.S.
- Appareil cardio-vasculaire : Coeur régulier, rapide avec un petit souffle anémique vraisemblable
- Appareil urinaire : R.A.S.
- Appareil génital : Pas de douleur ni à la palpation, ni au toucher, les culs de sacs sont libres.

La malade en plus de sa "fatigue" intense, signale des céphalées persistantes accompagnées de vertiges.

Antécédents : Bien que l'interrogatoire en milieu musulman s'avère toujours délicat et imprécis, l'on parvient toutefois a savoir que l'intéressée a toujours été normalement réglée jusqu'en 1955, période correspondant à la fin de l'allaitement de son dernier et 6ème enfant. Elle ignore cependant la dâte d'apparition de ses premières règles, ainsi que celle de son mariage.

6 grossesses, dont 4 enfants vivants de 14 à 7 ans, et 2 morts en bas âge. Depuis 1955, règles très douloureuses, abondantes, prolongées de sang très noir, mais de rythme régulier. Pas de notion de fausses couches, ni d'infection génitale.

Vers Octobre 1960, installation d'un oedème généralisé, traité ambulatoirement avec succès, sans que l'on puisse en savoir l'étiologie.

C'est alors que survient le drame abdominal qui est suivi de l'intervention décrite plus haut.

Examen de l'abdomen :

Inspection : le ventre est augmenté de volume dans son quadrant supérieur gauche, la masse est visible et se dirige obliquement en bas et en dedans, plus bas que l'horizontale menée par l'ombilic.

Palpation : La masse, ovoïde, est lisse, rénitente, à bords réguliers. Elle est fixe, à l'exception de son pôle inférieur qui peut être mobilisé à très faible amplitude. Le pôle supérieur est hors d'atteinte, la tumeur plongeant sous le rebord costal gauche. La palpation légère ne réveille aucune douleur particulière, à l'exception des tentatives de mobilisation.

Percussion : Toute l'étendue de la tumeur se révèle uniformément mate.

Examen de Laboratoire :

Urines : Sucre et Albumine = 0

Sang : Formule et numération :

	G.R.	2.670.000
	Hémoglobine	40 %
		5 g.60
	Valeur globulaire	0,74
	Leucocytes	6.600
Granulocytes	(Neutro :	74 %
	(Eosino.	0 %
	(Baso.	0 %
	Lymphocytes	8 %
	Moyens Mono.	10 %
	Monocytes	8 %

Groupage = O Rh +

Examen radiologique :

1° - Téléthorax : Transparence normale des deux champs pulmonaires.

2° - Abdomen sans préparation : On observe une opacité dans l'hypochondre gauche sur laquelle se projette un minuscule foetus (Dr. Martin).

Ce résultat fait évidemment envisager le diagnostic de grossesse ectopique abdominale, et l'intervention est décidée.

Après deux transfusions de 500 cc de sang isogroupe conservé, administrées les 26 et 28 Février, l'intervention est pratiquée le 2 Mars 1962.

Compte Rendu Opératoire :

Prémédication : Dolosal, Phénergan, Atropine

Anesthésie : Nesdonald starter, Circuit fermé O_2 - Ether

Flaxedil

Perfusion de 500 cc de sang.

Opérateur : Dr. Foussier, Assistant : M. Möystad

L'incision de Quénu au niveau de l'hypochondre gauche pour permettre un éventuel agrandissement en thoracophréno-laparotomie nous conduit sur une rate volumineuse plongeant au dessous du niveau de l'ombilic.

L'exploration minutieuse de la moitié supérieure de la cavité abdominale ne permet pas de découvrir le foetus mis en évidence sur les clichés, non plus que des traces d'insertion éventuelle du placenta, tant sur le péritoine que sur l'épiploon, le foie ou la rate; celle-ci, déportée vers la droite, adhère intimement à la grande courbure de l'estomac, au diaphragme et au

péritoine pariétal gauche. Compte tenu de l'aire de projection du foetus, on est obligé de se rendre à cette évidence surprenante : Le foetus est à l'intérieur de la rate, il convient de pratiquer une splénectomie. Clivage pénible, qui permet, après des ligatures successives de dégager l'organe; ligature du pédicule et exérèse.

Capitonnage de la partie supérieure de la loge splénique dans laquelle on laisse une lame de Delbet, extériorisée par une contre-incision. Paroi en trois plans, catgut et nylon.

Examen de la pièce :

- Poids : 1 kg. 600
- Dimensions : Grand diamètre = 31 cm.
  Petit diamètre = 19 cm.

Aspect quasi normal, excepté une plage dépigmentée sur la face supéro-externe, convexe, de la taille d'une paume de main, constellée de petites taches verdâtres, à ce niveau l'épaisseur très réduite du tissu corticale permet de palper le foetus.

A l'ouverture, on pénètre dans une cavité qui contient l'oeuf; le foetus est entouré de ses membres et baigne dans une petite quantité de liquide amniotique.

Le foetus, normalement constitué, mesure 136 mm du vertex au talon, ce qui, d'après les tables, correspond à un âge de 13 à 14 semaines. Quelques signes discrets de macération laisse supposer que la grossesse n'a cessée d'évoluer que récemment. On aperçoit le placenta épaissi, mais de taille normale par rapport au foetus, inséré à la face interne du tissu cortical et nettement individualisé.

Suites opératoires simples, ablation de la lame le 2° jour. Reprise normale du transit intertinal. Fermeture spontanée de l'orifice de contre-incision le 8° jour.

Le 27 mars, nous faisons pratiquer une hyetérographie :

"L'opacification ne permet pas de retrouver l'image utérine classique. Il n'existe pas de cornes, le bas-fonds est arrondi, l'ensemble de la cavité offre l'aspect d'une poire. A noter, sur le bord gauche de la jonction du corps et de l'isthme, une image de niche que l'on ne peut interpréter.

Conclusion : Sténose tubaire bilatérale (Dr. Martin).

La malade sort du service le 4 Avril 1961, en bon etat général. La longue hospitalisation après l'intervention se justifie par l'intérêt que nous portions à ce cas.

Elle est revue en Octobre 1961 et mars 1962, ne se plaignant d'aucun malaise. Les règles sont toujours abondantes et douloureuses, mais régulières.

oOo

Radiographie le 24 / 2 / 1961

Pièce opératoire : 2/3/61 Hystérographie : 27/3/61.

D I S C U S S I O N

L'observation d'une telle variété de grossesse extra-utérine nous amène à considérer la question soit sous l'angle embryologique, soit sous l'angle mécanique. Nous envisagerons successivement les deux possibilités, mais avant tout, qu'il nous soit permis de brosser un bref rappel embryologique du développement de la rate.

L'ébauche splénique apparaît vers la 5° semaine sur le bord gauche du mésogastre dorsal, donc vers le sommet de la grande courbure de l'estomac, et elle est d'origine purement mésodermique, dérivant d'une prolifération locale de l'épithélium coelomique.

Elle consiste, au début, en plusieurs petites masses qui s'unissent habituellement pour former un seul organe constitué par du mésenchyme condensé qui représente déjà la pulpe blanche et, cette dernière se localisera autour des artères pour former les corpuscules de Malpighi et les gaines lymphoïdes. La pulpe rouge s'organise entre les travées fibreuses qui réalisent le tissu de soutien et les gaines lymphoïdes artériolaires, et l'on verra apparaître, après modification de la circulation qui devient lacunaire, les cordons de Billroth et les sinus veineux, tributaires des veines de la rate.

Au nombre des anomalies de son développement, on signale principalement l'atrophie de la rate, son hypertrophie, des rates multiples, des rates

surnuméraires ou accessoires, et surtout ce qui nous intéresse en premier chef, les fusions spléno-gonadales.

En effet, embryologiquement, la rate est en rapport topographique intime avec le mésonéphros et l'ébauche gonadale, jusqu'à la descente de la gonade et l'involution du mésonéphros qui commence chez l'embryon vers la 8° semaine. L'anomalie peut se présenter suivant deux formes :

1° - Fusion spléno-gonadale continue, dans laquelle la rate reste reliée aux formations gonado-mésonéphriques par un cordon ou un tractus cordiforme.

2° - Fusion spléno-gonadale discontinue, dans laquelle les formations spléno-gonado-mésonéphriques apparaissent comme une dérivation d'une rate surnuméraire et sont séparées de la rate principale.

Putshcar et Manion, dans un article sur les fusions spléno-gonadales, étudient tous les cas publiés et font état de 4 cas personnels ce qui les amène à considérer au total 30 cas et à discuter les problèmes embryologiques qui en découlent; tous les cas de fusion discontinue furent constatés chez l'homme et, ils ne relèvent que 3 cas de fusion continue chez la femme. L'ensemble des cas publiés se caractérisent dès l'abord par une prédominance très accusée du sexe masculin, dans le rapport de 9 à 1. Les seuls cas féminins appartiennent au groupe des fusions spléno-gonadales continues, et, chaque fois fut mis en évidence la présence d'un cordon de tissu splénique en connexion avec l'ovaire ou le mésovarium, tandis que deux fois sur trois, la rate présentait un aspect anormal : fissure de la rate principale, avec rates accessoires au niveau du hile et du ligament gastro-splénique, ou bien rate très congestive avec nombreux vaisseaux spléniques accessoires au travers de ni-

ches pseudo-hilaires et kyste splénique avec paroi pseudo-capsulaire.

Nous devons au Dr. Goidin l'observation d'un cas de folliculôme ovarien para-splénique, publié dans la thèse de Ben Souda, qui, après un examen soigneux conclut : "La seule hypothèse pathogénique admissible dans ce cas, est de considérer cette tumeur para-splénique comme un folliculôme primitif et d'origine dysembryoplasique.

Or, dans le cas que nous présentons, aucun de ces caractères n'a pu être mis en évidence : absence de cordon splénique naissant soit au pôle supérieur, soit au pôle inférieur soit au hile, rate normale, si ce n'est que son augmentation de volume, ne montrant aucune fissure, aucune lobule, aucune formation accessoire ou surnuméraire visible. Bien entendu, la voie d'abord chirurgicale ne nous a pas permis de vérifier l'aspect et la situation de l'ovaire gauche.

Devant la dissonnance des éléments caractéristiques des fusions splénogonadales continues avec l'aspect macroscopique du cas qui nous intéresse, force nous est d'abandonner cette théorie.

Il nous faut donc en arriver à l'hypothèse d'une grossesse abdominale.

La grossesse extra-utérine survient généralement avec la fréquence de 1 pour 200 chez une femme de vingt à 35 ans, la grossesse abdominale ou péritonéale est souvent interrompue au cours des premiers mois et se présente sous deux types distincts :

- la grossesse abdominale primitive, bien que niée par la plupart des auteurs avec Lawson-Tait et Veit est prouvée d'une manière irréfutable, et Jacquin a démontré son existence en apportant 5 cas authentifiés par l'étude his-

tologique des trompes et des ovaires qui avait révélé leur intégrité anatomique. Depuis, Buttner, Ganjoux et Fayot, Khoor-Sopron, Maurice, Armand et Fritz, Steptoe, Vastesager et de Toeng, et enfin Fleurent ont apporté 7 cas de grossesse abdominale primitive dont l'authenticité ne fait aucun doute.

Enfin, il nous faut soulever avec Vara l'hypothèse d'une implantation endometrioïde : la petite niche, revélée par l'hystérographie, au niveau de la jonction du corps et de l'isthme pourrait être interprétée dans le sens d'une endométriose, mais, il paraît peu satisfaisant de soulever cette hypothèse sur une seule petite image, au demeurant douteuse, alors que l'examen de la pièce n'a pas permis de relever d'autres traces d'endométriose non plus que l'inspection per-opératoire de la grande cavité abdominale.

La grossesse abdominale secondaire semble d'autant plus fréquente que, pour certains, il n'en existerait pas d'autre forme. Elle peut résulter, soit du développement d'une grossesse tubo-abdominale qui envahit la cavité péritonéale en évoluant, soit d'une rupture à bas bruit de la trompe, et ainsi, la grossesse tubaire devient abdominale, soit enfin de l'expulsion de l'oeuf fécondé dans la cavité abdominale au sein de laquelle il continue à vivre. Son implantation siège habituellement au niveau du péritoine pelvien, soit au niveau du Douglas, soit sur la face postérieure du col utérin, soit sur la paroi rectale. Ce n'est qu'à titre d'exception que l'on relève des implantations dans la grande cavité, sur le recto-sigmoïde (Gandar et Gagnière) au niveau du foie (Serebraikova, Vastesager et de Toeng) sur la rate (Kushner et Dorbzynski).

L'oeuf s'entoure en certains cas d'un sac plus ou moins complet, mais habituellement, la poche n'est que virtuelle.

Les signes cliniques de la grossesse extra-utérine dans les 4 premiers mois sont bien connus, et nous rappellerons la leçon de Mondor qui insiste sur le fait que le premier signe n'est pas l'absence de règles, mais un saignement irrégulier, et qui écrit : "si la petite chose latéro-utérine grossit, si l'utérus reste sans changement, si les pertes sépia continuent, si la tuméfaction augmente malgré la glace, s'il n'y a pas d'hyperleucocytose, c'est une grossesse extra-utérine. "Toutefois, Hurter précise que "la grossesse abdominale est tellement rare que même devant certains signes classiques on oublie d'y penser". Effectivement, les signes de début de la grossesse abdominale secondaire sont notablement plus discrets, et l'on voit difficilement poser ce diagnostic uniquement sur l'accentuation rapide d'une splénomégalie, une amenorrhée et une anémie marquée.

Il est de fait que, dans notre cas, nous retrouvons comme le signale Gandar, l'existence, au début de la grossesse, de sensations douloureuses supportables, mais, siègeant au niveau de l'hypochondre gauche, avec malaise général et vomissements, tandis qu'au toucher, le col et le corps utérins étaient normaux, tant au point de vue position que volume et consistance, seul l'examen radiographique nous a permis de poser le diagnostic pré-opératoire de grossesse abdominale.

Existe-t-il des causes prédisposantes authentifiées, à la grossesse extra-utérine, et, en particulier, à la grossesse abdominale ?

L'oeuf devant avoir effectué sa nidation dès le 8° jour, toutes les causes d'obstacles à sa progression ont été incriminées : tout d'abord tubaires (rétrécissements inflammatoires, tuberculeux ou congestive) puis ovulaires (ovule volumineux), enfin, les conséquences de certaines interventions chirur-

gicales ayant intéressées la sphère génital ,telle que salpingostomie, rupture de cicatrice de myomectomie, de césarienne; à ce sujet Cotte indique que l'insertion du placenta sur une région cicatricielle n'est pas une raison suffisante pour provoquer une rupture.

En fait, il n'existe pas, comme le précise Voegtlin, d'oeuf prédestiné à se nider prématurément, pas de trompe prédisposée à se rompre, pas d'oeuf éjecté dans l'abdomen prédisposé à survivre :

La véritable raison de la grosse extra-utérine nous est encore inconnue.

Nous allons maintenant rappeler le processus de nidation de l'oeuf avant de proposer une explication de notre cas.

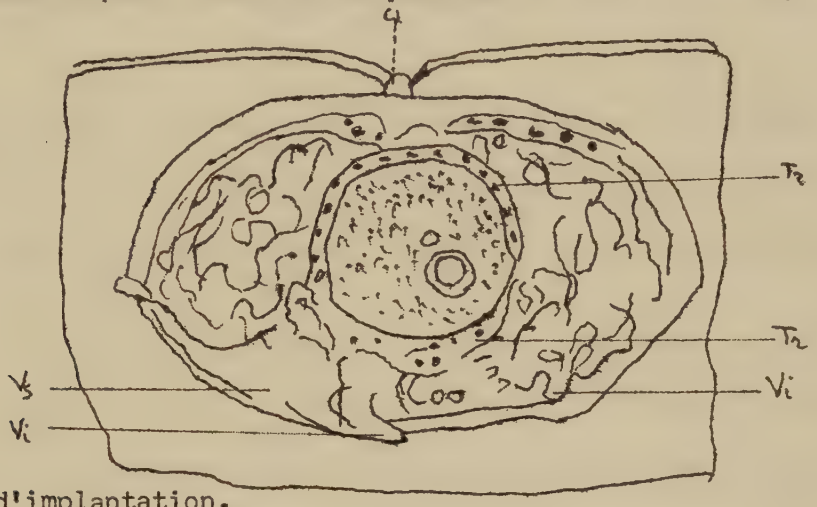
1° - Nidation de l'oeuf.

Il ne semble pas nécessaire, pour que le germe humain puisse se fixer dans l'utérus, que la muqueuse de cet organe ait été modifiée par les hormones ovariennes. La caractéristique du germe humain à des stades très jeunes est la couche de trophoblaste superficiel enchâssant le bouton embryonnaire et entourant le mésoderme primaire. Le germe, arrivant dans la cavité utérine, s'accole à l'épithélium superficiel de la muqueuse utérine par son pôle trophoblastique ou pôle d'implantation; il s'enfonce ensuite dans la muqueuse utérine grâce à un cratère d'implantation déterminé par l'action cytologique du trophoblaste. Le cratère d'implantation est alors operculé par un petit coagulum de fermeture dans lequel se reconnaissent des débris cellulaires.

2° - Fixation de l'oeuf :

En ce qui concerne l'utérus, il n'est pas certain qu'un état spécial de la muqueuse soit indispensable à la nidation de l'oeuf, le trophoblaste étant

capable d'exercer son action cytologique quelle que soit la structure qu'il rencontre, à condition qu'elle soit normale et, comme le précise Weber, l'implantation de germes en d'autres points (ovaires, trompes, péritoine, col utérin, épiploon, etc...) dans les grossesses extra-utérines, démontre que cette fixation ne nécessite pas un substratum possédant une structure spécifique.



ci = Cratère d'implantation.

Tr = Trophoblaste.

Vi = Villosité primitive.

Vs = Vaisseau sanguin maternel, rompu par une villosité.

D'après schéma de l'oeuf de V. Möllendorf (12 jours)

INTERPRETATION DU FAIT CLINIQUE

Ayant passé en revue tous les facteurs susceptibles de déterminer une telle implantation ectopique, il nous faut maintenant essayer d'en tirer une théorie, et nous nous rattacherons à une grossesse abdominale secondaire.

Il est bien évident que l'explication que nous avançons est purement hypothétique et, ne repose sur aucune preuve, mais elle a, du moins à notre sens, le mérite d'être logique, et d'être embryologiquement et mécaniquement possible.

3 ou 4 jours après la fin de ses règles, cette femme a subi un rapport fécondant, puis, elle présente une torsion aigue d'un kyste de l'ovaire droit pour laquelle une intervention chirurgicale est pratiquée. Si nous nous référons aux théories universellement admises concernant la survie des gamètes, il est possible que, au moment de l'intervention, l'oeuf allait entamer sa migration tubaire.

Les manipulations per-opératoires ont dû l'expulser dans la cavité péritonéale, et sous l'influence des mouvements des anses grèles et de la mise en place des compresses abdominales, l'oeuf aurait été refoulé dans l'hypochondre gauche, au contact de la rate, organe remarquable par sa mollesse, sa friabilité et la circulation de type lacunaire dont il est le siège.

Grâce à l'action cytolytique du trophoblaste, le feuillet de recouvrement splénique est traversé et, ainsi se serait effectuée la nidation de l'oeuf au sein de la rate, où sa nutrition est assurée par les échanges entre les villosités et le sang maternel.

C'est ainsi que sa croissance se poursuivit pendant une période de 15 semaines environ, pour s'interrompre vraisemblablement en raison de l'impossibilité que présentait la rate à suivre l'augmentation de volume nécessaire à son hébergement.

oOo

CONCLUSIONS

1° - Nous présentons un cas curieux de grossesse abdominale dont l'évolution intrasplénique s'est poursuivie jusque vers la 15° semaine.

2° - Les signes cliniques consistaient essentiellement en une splénomégalie douloureuse d'apparition récente et d'augmentation de volume rapide, accompagnée d'une anémie relativement marquée, d'une aménorrhée et d'une altération de l'état général.

3° - Le diagnostic de grossesse abdominale fut posé, avant la laparotomie, grâce à l'examen radiologique qui montrait la silhouette d'un foetus se projettant sur l'opacité de la rate.

4° - L'exploration chirurgicale révélant que le foetus ne pouvait se trouver que dans la rate, une splénectomie fut pratiquée, et, l'ouverture de la pièce confirma l'évolution intrasplénique de cette grossesse abdominale, l'oeuf étant entouré de ses membranes et la rate ne présentant ni anomalie apparente ni fissure.

5° - Nous discutons l'éventualité d'une fusion spléno-gonadale, ou d'une grossesse abdominale soit primitive (par implantation endométrioïde) soit secondaire, par avortement tubo-abdominal, par rupture latente de la trompe ou

par expulsion de l'oeuf dans toute son intégrité au sein de la cavité péritonéale, bien que cela n'explique en rien la pénétration de l'oeuf dans la rate.

6° - Nous proposons enfin, pour expliquer cette pénétration : en un premier temps, l'expulsion de l'oeuf fécondé dans la grande cavité par suite de la manipulation des annexes, et du refoulement des anses intestinales à l'aide de champs tétra, au cours de l'intervention chirurgicale pratiquée en novembre sur torsion d'un kyste de l'ovaire droit.

En un deuxième temps, la nidation de l'oeuf dans la rate réalisée grâce à l'activité cytolytique qui, normalement lui permet de pénétrer à travers l'épithélium de la muqueuse utérine.

C'est en fait sur l'absence de toute autre explication logique, et surtout, sur la troublante concordance des dates, que nous nous autorisons à avancer cette théorie bien hasardeuse, certes, nous le reconnaissons volontiers, mais le fait clinique étant là, il nous fallait tenter de l'expliquer.

oOo

Vu, le Président de Thèse

Professeur F. POILLEUX

Vu, le Doyen de la Faculté

Professeur L. BINET

Vu et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

BEN SOUDA
Folliculome para-splénique sur un cas.
Thèse Paris 1960, n° 486

BUTTNER
Grossesse abdominale primitive
Zbl. f. Gyn. 1925 - 49, p.1914

CABAYON, TOURNIER-LASSERVE, BOURREL et ROBERT
Nidation splénique secondaire d'une grossesse extra-utérine
J. de Chirurgie, Septembre 62, Tome 84, n° 3, p.225

FLEURENT
Grossesse abdominale primitive avec enfant vivant
Bull. Fed. Soc. Gyn. et Obst. 1951, 3, p.318

GANDAR et GAGNIERE
Grossesse abdominale secondaire ayant perforé le recto-sigmoïde
Bull. Fed. Soc. Gyn. et Obst. 1956, 8, p. 133

GANJOUX et FAYOT
Grossesse extra-utérine à terme avec enfant vivant et normal
Gynécologie et Obstétrique 1947, 46, p.374

HURTER
Grossesse abdominale à terme. Enfant mort
Bull. Fed. Soc. Gyn. et Obst. 1951, 3, p. 319

JACQUIN
Grossesse abdominale
Gyn. et Obst. 1922, n° 6

KUSHNER et DOBRZYNSKI
Grossesse abdominale avec le placenta inséré dans la rate.
Amer. J. Obst. and Gyn. St Louis Juillet 1946, vol. 52, p.160

KHOOR-SOPRON
Grossesse primaire abdomino-péritonéale
Gynecologia Bâle 1950, 122, p.161

MAURICE, ARMAND et FRITZ
Grossesse abdominale primitive à terme. Enfant vivant
Obst. et Gyn. Latino-amer. 1946, 4, n° 1

PUTSCHAR et MANION
Fusion spléno-gonadale
Amer. J. of Pathology 1956, 32 1

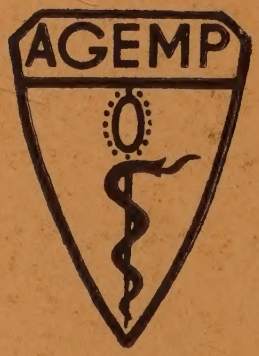
SEREBRIAKOVA
Grossesse péritonéale avec implantation ovulaire dans le foie
Accoucherstvo i Guinecologuia Moscou Sept.-Oct. 1952

STEPTOE
Un cas de grossesse abdominale primitive
J. Obst. and Gyn. British Empire 1950, p.1949

VARA
Etiologie de la grossesse abdominale primitive. Implantation endométrioïde comme matrice de celle-ci.
Zbl. f. Gyn. 1936, p.2770

VASTESAGER et DE TOENG
Un cas de grossesse abdominale primitive. Enfant vivant
Bruxelles Médical 1939, p.323

VOEGTLIN
Grossesse extra-utérine à terme, ou proche du terme avec enfant vivant.
Constantine Médical Sept. 1956.



AGEMP
POLYCOPIE
8, rue Dante
PARIS-V•
Téléphone : ODÉon 58-9(